

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

516^{N°}

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée par

LUCETTE POUTRIN

née le 6 Février 1934, à PARIS (XVI^e)

Présentée et soutenue publiquement le 29 Mai 1963

Contribution à l'Étude du Traitement des Gastrites Éthyliques Chroniques par l'Isopropamide

Président : M. CONTE, Professeur

BORDEAUX
IMPRIMERIE TAFFARD
6, Rue Métivier
1963

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée par

LUCETTE POUTRIN

née le 6 Février 1934, à PARIS (XVI^e)

Présentée et soutenue publiquement le 29 Mai 1963

Contribution à l'Étude
du Traitement des Gastrites Éthyliques Chroniques
par l'Isopropamide

Président : M. CONTE, Professeur

BORDEAUX
IMPRIMERIE TAFFARD
6, Rue Métivier
1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), DEBRE (R.), FEY (B.), GAILLIARD (H.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VAULERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

Doyen.. .. .	Léon BINET
	Membre de l'Institut
1 ^{er} Assesseur	Gaston CORDIER
2 ^e Assesseur	Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES.

a) Professeurs titulaires :	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
	DIJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES.

a) Professeurs titulaires :	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales.. .. .	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologie (Cochin) ..	MERLE
	D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART
	D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	MILLIEZ (P.)
	LENEGRE (J.)
	JUSTIN
Cliniques médicales	BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIETY (M.)
	SEZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul) ..	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	CCSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologie (Pitié)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique	PADOVANI (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	DOMART (A.)
Sémiologie médicale	POILLEUX (F.)
Sémiologie et clinique chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Clinique urologique (Necker)	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUINOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.)	Bactériologie	BARBIER (P.), pr. s. ch.
	COUINAUD (C.)		CHRISTOL (D.)
	GILLOT (C.)		LE MINOR (L.)
	OLIVIER (G.), pr. s. ch.		TOURNIER (P.)
	GAUTHIER-VILLARD		
	(Mlle P.), pr. s. ch.		BAULIEU E., m. conf.
	ABELANET (R.)		BOURILLON (R.)
Anatomie pathologique	CHOMETTE (G.)	Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.		DREYFUS (J.-Cl.)
	NEZELOFF (Ch.)		GONNARD (P.)
	ORCEL (L.)		KRUH (J.)
	PAILLAS (J.)		JEROME (H.)
Anesthésiologie	KERN (E.)	Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	PLAS (F.)
	VOURCH (G.)		

	MM.
Carcinologie	{ BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato- Syphiligraphie	{ CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro - Radiologie ..	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.) COUJARD (R.) pr. s. ch.
Histologie	{ MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	{ BESANÇON (F.) CORNET (A.) BOYER (J.), pr. s. ch. BLANCHER (G.)
Hygiène	{ CORRE - HURST (Mme L.) SAPIN - JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses..	{ BASTIN (R.), pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	{ FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail ..	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (J.) THOYER-ROZAT (J.)
Obstétrique	{ BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.) JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Ophthalmologie	{ DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Orthopédie	{ GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) GAUDART- D'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.)
Pathologie chirurgicale	

	MM.
Pathologie chirurgicale (suite)	{ NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique ..	SCHNEIDER (J.)
	{ BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.), pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ETIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie expérimentale.. .. .	
Pathologie médicale ..	{ LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture ..	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.), pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD, m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf., pr. s. ch. GREMY (F.), m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.), m. conf.
Pharmacologie	
Physiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Physique médicale ..	
Pneumo-phtisiologie ..	
Psychiatrie	PICHOT (P.)

	MM.		MM.
Psychiatrie infantile ..	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)	Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.), pr. s. ch.	Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)
Stomatologie.. ..	{ CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.), m. c. agr. GRELLET (M.)		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT :

	MM.		MM.
Anatomie.. .. .	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologi- que.. .. .	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale..	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale ..	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale..	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique ..	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

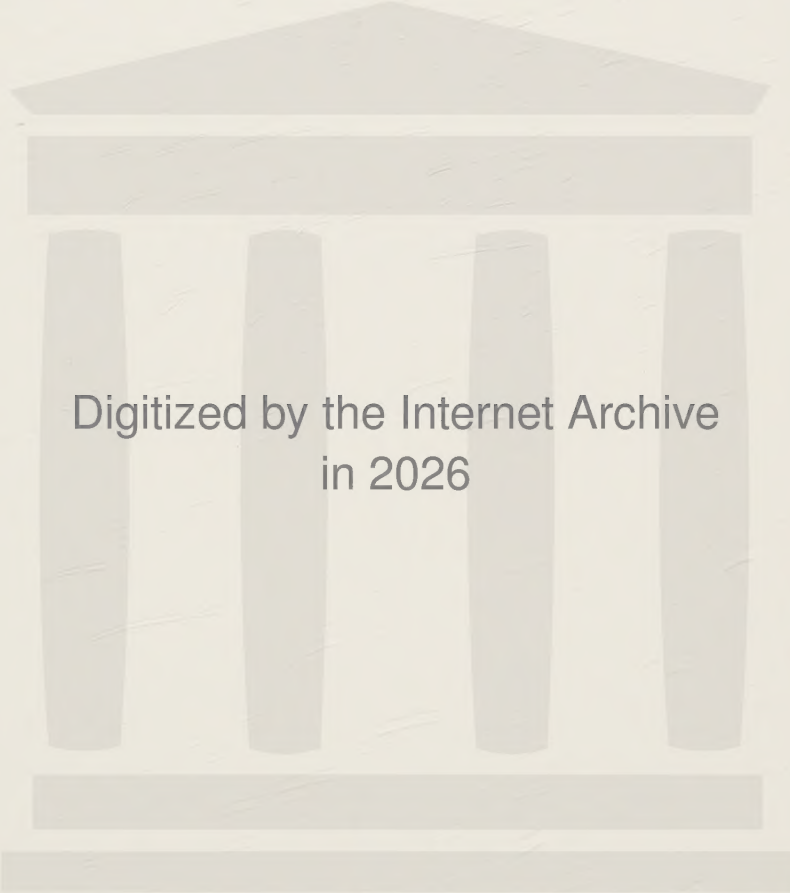
	MM.
Bactériologie	HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.) - LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté.. .. .	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs.. .. .	{ Milles DUMAITRE (P.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.) FORGET (F.) Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153701_0122

Docteur Lucette POUTRIN



Contribution à l'Étude
du Traitement des Gastrites Éthyliques Chroniques
par l'Isopropamide



BORDEAUX
IMPRIMERIE TAFFARD
6, Rue Métivier
1963

Introduction

L'étude des gastrites tant aiguës que chroniques soulève de nombreux problèmes cliniques, radiologiques et biologiques qui paraissent incomplètement résolus à l'heure actuelle.

L'éventail thérapeutique très ouvert, répond à une diversité de symptômes à la fois complexes et contradictoires et ne paraît pas toujours adapté d'une façon rationnelle aux diverses entités cliniques constatées.

Parmi ces gastrites, la gastrite éthylique nous semble occuper une place particulière, en raison à la fois de son polymorphisme et de sa fréquence chaque jour plus grande.

Ayant eu l'occasion de traiter un certain nombre de malades présentant cette affection d'une façon indiscutable, il nous a paru intéressant d'apporter avec le résultat de nos observations une contribution à l'étude de ce problème d'actualité.

Nous nous sommes volontairement limité au cours de notre travail aux gastrites éthyliques chroniques, les seules que nous ayons eu l'occasion de voir en milieu hospitalier.

Après un bref rappel de la symptomatologie des divers types de gastrites chroniques, nous nous efforcerons de mettre en évidence les caractères spécifiques de celles d'origine éthylique.

Nous rappelant la thérapeutique classique, souvent décevante, nous avons pensé à utiliser un nouvel anticholinergique qui d'après divers auteurs avait déjà donné d'excellents résultats dans le traitement des ulcères gastroduodénaux et les gastrites associées : l'isopropamide.

Les résultats que nous avons obtenus méritent d'être signalés et il nous semble qu'à l'heure actuelle ce médicament constitue une thérapeutique de choix de ces affections.

Les diverses observations qui font l'objet de la dernière partie de notre thèse le confirment.

Si nous pensons que l'isopropamide doit être utilisée chez de tels malades, il ne faut jamais oublier que la guérison est précaire parce que tout malade peut à chaque instant retrouver ses habitudes d'intempérance et par là même rendre inefficace toute thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Caractères généraux des gastrites chroniques

Signes particuliers

des gastrites éthyliques chroniques

L'étude des gastrites ne peut être présentée avec une rigueur absolue, cependant cette affection présente un certain nombre de symptômes particuliers permettant d'en faire une entité clinique.

Les gastrites éthyliques aiguës étant rarement observées en milieu hospitalier nous avons volontairement limité notre étude aux gastrites éthyliques chroniques.

Nous étudierons au cours de ce premier chapitre les principaux caractères communs aux diverses gastrites et nous essayerons de mettre en évidence les symptômes plus particulièrement liés à l'étiologie éthylique.

I. — *SIGNES CLINIQUES :*

Les gastrites chroniques se manifestent au clinicien par un ensemble de symptômes variables dont aucun pris isolément n'est véritablement spécifique.

L'élément primordial est la douleur qui peut soit prendre parfois l'aspect de malaises : pesanteur et ballonnement de la région épigastrique, digestions lentes, etc..

soit se présenter sous l'aspect d'une douleur vraie caractérisée par des crampes, des brûlures épigastriques en nappe accompagnées de symptômes aberrants comme du pseudo angor ou des pseudo-coliques viscérales.

L'horaire de ces douleurs est essentiellement variable, elles peuvent être :

— *précoces* survenant après le repas, au cours de celui-ci ou même dès le début de l'alimentation, accompagnées d'éructations, de bouffées vasomotrices colorant le visage, de somnolence, de fatigue, de céphalées, d'aérophagie, constituant le syndrome sensitivomoteur de Mathieu ;

— *semi-tardives* survenant 1 heure à 1 heure et demie après les repas, accompagnées de ballonnement abdominal, de sialorrhée, de nausées ;

— *tardives*, crampes et brûlures étant fréquemment associées.

Classiquement, elles ne présentent aucune périodicité, cependant si celle-ci existe, elle est moins grande que dans l'ulcère, les symptômes ne s'effaçant pas totalement au cours des périodes de rémission, qui sont de plus courte durée, ne dépassant pas quelques jours, rarement quelques semaines.

On distingue classiquement deux variétés principales :

— Le syndrome hyposthénique répondant sensiblement au syndrome sensitivo moteur de Mathieu avec des douleurs précoces ou semi-tardives ;

— Le syndrome hypersthénique qui est un syndrome ulcéroforme avec des crampes plus ou moins tardives, parfois semi-tardives, rarement calmées par les repas (Moutier).

A cette douleur sont fréquemment associés d'autres symptômes :

parmi ceux-ci : la pituite, le signe le plus caractéristique de l'intoxication éthylique parfois précédé, dans les cas accentués, de nausées.

La pituite devra être différenciée du pyrosis, symptôme qui peut cependant également être observé parfois chez l'alcoolique.

L'anorexie ne manque jamais totalement dans la gastrite. Elle est globale et s'accompagne d'un amaigrissement. On a même pu observer des gastrites cachectisantes (Moutier).

D'autres signes moins constants ont été observés : ce sont les troubles du goût, la fétidité de l'haleine.

On peut observer fréquemment associés des troubles du transit qui prennent le plus souvent le type diarrhéique.

Les hémorragies sont assez rares et sont souvent difficiles à interpréter étant donné la fréquence de l'atteinte hépatique chez les éthyliques chroniques.

L'examen clinique est pratiquement négatif.

On peut souvent réveiller à la palpation une sensibilité épigastrique.

II. — EXAMEN RADIOLOGIQUE :

L'examen radiologique nécessite souvent des techniques particulières :

- couches minces,
- compression,
- emploi de modificateurs de comportement.

Une des difficultés de l'interprétation de l'examen radiologique réside dans le polymorphisme des modifications de la kinésie gastrique qui peut être augmentée ou diminuée ou même rester normale.

On peut parfois constater des alternatives d'hypertonie et d'atonie au cours d'examens successifs.

L'étude des plis pose elle aussi un délicat problème d'interprétation particulièrement au niveau de l'antrum.

Leur aspect est variable suivant le type de gastrite envisagé. Il faut tenir compte de leur hauteur, des incisures, des scissures qui les séparent et ne pas se laisser influencer par des plis de structure normale orientés de façon inhabituelle.

Ces plis peuvent être hypertrophiés. On peut observer des plis géants, très œdématisés, donnant lieu à des grosses lacunes décrites par Berg ou des aspects mammelonnés simulant une mosaïque ou un damier à larges cases.

Les courbures sont peu modifiées, on peut noter cependant dans quelques cas la présence de spicules de 2 à 3 mm d'élévation étagées de la région sous cardiale à l'angle gastrique.

Certains auteurs ont signalé des images plus importantes mais elles sont inconstantes et leur description dépasserait le cadre de notre étude.

III. — *CARACTERES BIOLOGIQUES DES GASTRIQUES ETHYLIQUES:*

L'examen du chimisme gastrique donne des renseignements intéressants, et occupe une place importante dans la confirmation du diagnostic des gastrites et dans leur pronostic.

Nous avons utilisé au cours de notre travail la technique du tubage du Professeur Lambling.

La normochlorydrie se situe entre 49 et 84 milliéquivalents par litre ou de 1 g 60 à 3 g par litre.

Le volume normal des sécrétions est de 150 cc à 200 cc

en heure et demie, quand celui-ci est inférieur à 150 cc il y a gastrite biologique.

Celle-ci est également affirmée quand le pouvoir tampon, différence entre l'acidité totale et l'acidité libre, est augmenté.

Celui-ci est de 14 à 16 milliéquivalents en moyenne mais peut osciller entre 12 et 24 chez des sujets normaux.

Chez les éthyliques l'étude du chimisme gastrique donne des résultats variables comme le montre une statistique de Vilotte portant sur 92 malades atteints d'épigastralgies.

	hypo	normo	hyper
Sécrétion	51 %	30 %	19 %
Acidité	33 %	37 %	30 %
Débit d'ac. chlorhydrique ..	58 %	26 %	16 %

Les variations des chlorhydries gastriques se font en général vers l'hypochlorhydrie puis l'achlorhydrie.

Une forme spéciale de gastrite éthylique mérite d'être individualisée, c'est celle qui accompagne les polynévrites alcooliques. Elle a été fort bien étudiée par Villaret, Moutier, Justin Besançon et Klotz. Cette gastrite est constante au cours des polynévrites et tous ces malades présentent des troubles dyspeptiques (50 cas sur 50). La chute de l'acidité est presque constante (45 cas). Tantôt l'hypochlorhydrie est très marquée (12 cas), tantôt l'achlorhydrie est totale (33 cas). Ce n'est que dans 5 cas sur 50 que ces auteurs trouvent une acidité normale. Au point de vue endoscopique, cette gastrite est généralement de type atrophique.

IV. — La *GASTROSCOPIE* est utile pour préciser le diagnostic et a permis une classification anatomique des gastrites :

— Gastrite catarrhale ou superficielle qui relève plus particulièrement des cas aigus ou subaigus ;

— Gastrite hypertrophique caractérisée par un état mammelonné des plis qui sont distendus et congestifs, recouverts d'un enduit pultacé sur une muqueuse fragile ;

— Gastrite altérative :

- œdémateuse,
- hémorragique,
- ulcéreuse présentant des lésions en coup d'ongle ;

— Gastrite atrophique :

- généralisée ou localisée (plus spécialement au niveau de l'antré), elle est l'aboutissement des gastrites chroniques et peut donner lieu soit à une disparition, soit à une hypervisibilité des plis ou même à l'apparition de plages nacrées (20 cas sur 500 en dehors du Biermer pour Moutier et Cornet).

Les lésions coexistantes sont fréquentes, de types superficiel catarrhal, plus rarement ce sont des manifestations ulcéreuses.

Dans certains cas de gastrite clinique, la gastroscopie ne révèle aucune anomalie.

Le plus souvent la muqueuse est rouge, de manière diffuse avec un aspect mammelonné de la petite courbure et de la face postérieure du corps.

L'hypersécrétion est importante (Debray et Housset).

V. — *L'ETUDE HISTOLOGIQUE* peut compléter ces examens.

Au contact de la muqueuse gastrique, l'alcool détermine des altérations de type essentiellement congestif. L'atteinte peut être légère ou massive.

Le maximum des lésions se situe à la partie profonde de la muqueuse. Les réactions inflammatoires sont en général discrètes.

Les deux lésions majeures sont représentées par une desquamation de l'épithélium dans la lumière des lobes glandulaires et par une endothéliite artériolaire et capillaire susceptible d'entraîner une réaction fibreuse secondaire.

VI. — *EVOLUTION*:

La gastrite éthylique évolue par poussées successives sans présenter les périodes de rémission et les acmés caractéristiques de l'ulcère.

La guérison est rare, le sevrage amenant cependant une amélioration à condition que les lésions ne soient pas devenues irréversibles.

VII. — *DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL*:

Si le diagnostic positif de la maladie s'appuie en dehors des diverses manifestations sur la notion d'intoxication éthylique chronique, cependant la plus grande difficulté est de distinguer les symptômes de la gastrite éthylique des troubles dyspeptiques liés à une atteinte hépatique. Toutes ces lésions sont d'ailleurs imbriquées. Pour Villaret, Justin Besançon et Klotz « la gastrite serait à l'origine des phénomènes de carence et des troubles endocriniens entraînés par l'alcool ».

Le diagnostic entre gastrite éthylique et cancer de l'estomac ou ulcère est parfois difficile. L'association entre ces affections est banale, l'intoxication éthylique étant fréquente. Pour certains, l'existence d'une gastrite serait d'ailleurs un état favorable au développement du cancer gastrique et un facteur prédisposant à l'ulcère.

De même, l'étiologie éthylique d'une gastrite chronique ne peut être toujours affirmée avec certitude, la susceptibilité individuelle à l'alcool jouant un rôle dans la survenue des lésions et des facteurs annexes pouvant intervenir (tabagisme - rôle de l'alimentation - mauvais état dentaire, etc...).

CHAPITRE II

Considérations générales sur la Thérapeutique

Cette thérapeutique aura deux objectifs principaux : traiter la gastrite d'une part, d'autre part améliorer l'état général souvent fortement compromis.

Il est bien évident qu'un des premiers actes thérapeutiques visera à aider le malade à supprimer la cause de son intoxication et à éviter dans la mesure du possible les rechutes fréquentes.

Le traitement de l'état général comportera non seulement toutes les règles d'hygiène et de diététique classique, mais encore l'emploi des reconstituants généraux et des hépato-protecteurs.

Pour la gastrite elle-même, et en premier lieu la sédation de l'élément douleur, différents traitements ont été proposés :

— les antispasmodiques à type atropinique ou papavérinique,

— les ganglioplégiques tels que les dérivés du méthonium dont l'action s'exerce sur les synapses du système nerveux autonome,

— les antihistaminiques de synthèse donnent parfois une analgésie satisfaisante,

— les pansements gastriques sont également prescrits. Les produits à large pouvoir couvrant comme les gels d'alumine semblent être ceux qui conviennent le mieux de préférence aux plâtrages classiques : bismuth-kaolin-titane (Mathieu). Ces produits ralentissent toutefois le transit intestinal.

— les alcalins, en particulier le bicarbonate de soude, sont contre indiqués. Les comprimés de carbonate de chaux ou de magnésie sont parfois prescrits.

— des traitements par les résines échangeuses d'ions ont été préconisés.

On peut aussi essayer de corriger les modifications du chimisme gastrique par la pepsine associée à l'acide chlorhydrique officinal mais celui-ci est souvent mal toléré. La pepsine peut être remplacée par la papaïne.

Les substances vagomimétiques comme la gènesérine, le salicylate d'éserine, la yohimbine sont utilisées pour solliciter la sécrétion gastrique.

★ ★ ★

Cet aperçu général de la thérapeutique nous montre par la diversité même des drogues employées et l'inconstance des résultats, toute la difficulté du problème du traitement des gastrites éthyliques chroniques.

L'éthylique qui souffre, souvent déçu par la lenteur d'apparition des résultats positifs reprend rapidement ses habitudes d'intempérance et annihile par là même tout effet de la thérapeutique entreprise.

Ayant étudié plusieurs publications concernant l'action rapide et constante de l'isopropamide dans les gastrites

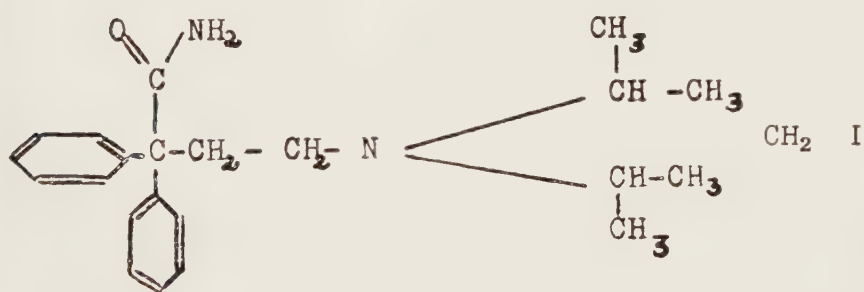
chroniques, nous avons pensé qu'il serait intéressant de l'appliquer par analogie au cadre bien particulier des gastrites éthyliques chroniques.

Les résultats que nous avons obtenus nous permettent de penser à l'heure actuelle que l'isopropamide mérite une place importante dans le traitement de cette affection par sa constance et surtout sa rapidité d'action qui permet au malade de reprendre confiance et d'aider lui-même à sa consolidation.

CHAPITRE III

L'Isopropamide

L'isopropamide ou 5579 M.D. est un parasympholytique de synthèse. Ce corps chimique correspond à la formule développée suivante :



C'est le méthyliodure du 2,2-diphényl-4-diisopropyl-amino-butylamide.

Il est à remarquer que le 5579 M.D. n'appartient pas à la série des amino-esters comme la plupart des parasympholytiques. Cette originalité confère au 5579 M.D. la propriété d'être lentement et régulièrement métabolisé. Or, la plupart des parasympholytiques, comme l'Atropine, sont hydrolysés en amino-alcool et en acide par les esté-

rases de l'organisme, ce qui explique leur courte durée d'action.

L'étude pharmacologique du 5579 M.D. a été réalisée par Janssen, de Jongh, Van Proosdij - Hartzema, Jageneau et Bhattacharya.

Le 5579 M.D. n'est pratiquement pas toxique : par voie orale, chez la souris, la dose léthale 50, exprimée en micro-moles, est de 3.330, alors qu'elle est de 1.966 pour le Sulfate d'Atropine.

Cette étude pharmacologique a mis en évidence l'activité parasympholytique du 5579 M.D. qui est en général, pour tous les tests employés, plus importante que celle de l'Atropine : inhibition des contractions de l'intestin isolé du lapin provoquées par l'Acétylcholine, protection des souris sensibilisées à la Pilocarpine contre les crises d'asthme acétylcholiniques, inhibition chez le rat de la sécrétion lacrymale typique stimulée par des parasymphomimétiques, inhibition de la formation d'ulcères gastriques après ligature du pylore chez les rats (rats dits de Shay).

Ce nouveau corps ne possède pas d'activité inhibitrice des ganglions ou curarisante ; contrairement aux autres différents succédanés de l'Atropine, il n'exerce pas d'influence sur le système nerveux central.

Enfin, la durée d'action des doses orales de 5579 M.D. dépasse celle de l'Atropine.

De nombreuses publications françaises et étrangères mettent d'ailleurs parfaitement en évidence les diverses possibilités d'utilisation de cet anticholinergique tant sur le plan thérapeutique que sur le plan diagnostic.

Nous rappelons brièvement les principaux travaux qui ont retenu notre attention :

Sarles et Gauthier, Lande, Saint-Pierre et Brette ont démontré l'action élective de l'isopropamide dans le traitement des divers types de douleur pancréatique et cons-

tatent la diminution de la sécrétion pancréatique externe sous l'influence de cet antispasmodique.

Oury et Duché, Sarles et Camatte, Steiger et Coll., Langeron et Coll., Camatte et Gauthier, Gondard et Coll. soulignent le très large champ d'action de l'isopropamide aussi bien dans les neurotonies douloureuses : gastro duodénales, vésiculaires, oddiennes et coliques que dans les douleurs organiques de la maladie ulcéreuse et des colites inflammatoires. Et ceci sans aucun effet atropinique secondaire.

En pédiatrie, Auban et Martinez, Schneegans et Coll., Diriard et Berman, Klock démontrent son efficacité antispasmodique sur le tractus digestif du nourrisson et sa parfaite tolérance.

Enfin, sur le plan diagnostic, l'isopropamide a été utilisée en radiologie digestive par Warter et Weill, Antoine et Coll et par Oury. Ce dernier le considère en tant que modificateur du comportement comme un puissant vasodilatateur du bulbe duodéal dont la distension, nettement plus spectaculaire que celle provoquée par l'Atropine, permet de lever les hésitations diagnostiques grâce à ces innombrables images bulbaires discutables quotidiennement rencontrées.

Les phénomènes secondaires sont pratiquement inexistantes aux doses thérapeutiques usuelles.

Les seules contre indications paraissent être le glaucome et l'hypertrophie prostatique comme pour tous les anticholinergiques.

CHAPITRE IV

Observations personnelles

OBSERVATION N° 1. — PEL... Charles, 49 ans, peintre en carrosseries d'automobiles.

Hospitalisé pour douleurs épigastriques et atteinte de l'état général.

Depuis un an ce malade présente une anorexie à recrudescences épisodiques mais progressivement croissante, ainsi qu'un amaigrissement (10 K.), de l'asthénie, des vertiges.

Le malade accuse des crampes épigastriques avec sensation de faim douloureuse post-prandiales ;

— quelques vomissements ;

— pituites matutinales.

D'autre part, crampes nocturnes des mollets.

Insomnie et cauchemars professionnels.

Ce malade consomme habituellement 3 litres de vin et deux litres de bière par jour ainsi qu'un certain nombre d'apéritifs.

A l'examen : malade amaigri et pâle.

T.A. 14/7 au V.L., bruits du cœur normaux.

Pouls 70.

Foie légèrement douloureux, régulier, débordant de 4 cm le rebord costal. Limite supérieure non abaissée.

Les réflexes tendineux sont vifs.

Tubage gastrique :

avant histamine : acidité libre 54,8 mEq ; acidité totale 66,8 mEq ;

après histamine : acidité libre 54,8 mEq ; acidité totale 71,2 mEq.

Le transit gastro duodéal : gros plis de gastrite, bulbe irrégulier et œdématisé sans image caractéristique d'ulcère.

Epreuves hépatiques :

Test de Kunkel 22 u V ;

Mac Lagan 4 ;

Hanger négatif ;

Cholestérol total : 2,32 g/l

estérifié : 1,73 g/l

E/T = 74 %

Taux de prothrombine 100 %.

Numération globulaire : GR : 3.790.000

GB : 5.800 (65 % de polynucléaires).

Le malade est mis à un traitement par l'isopropamide à la dose journalière de 4 comprimés, dont 2 au coucher en raison du maximum de douleurs vespérales. La durée du traitement est de un mois.

Une gastroscopie pratiquée au 10^e jour montre une muqueuse gastrique normale sur l'ensemble de l'estomac visible.

A partir du 6^e jour on a noté une nette amélioration de l'état général, reprise de l'appétit, mais l'élément douleur ne cède pas complètement.

A la fin du traitement, disparition des phénomènes douloureux.

Un tubage fait à ce moment donne les résultats suivants :

Tubage en fin de traitement :

avant histamine : acidité libre 0 ; acidité totale 13,7 mEq ;

après histamine : acidité libre 0 ; acidité totale 10,2 mEq.

OBSERVATION N° 2. — SIS... Joseph, 57 ans, plâtrier.

Se plaint depuis neuf mois environ d'épigastalgies et crampes débutant tout de suite après les repas et durant environ une demi-heure.

Les douleurs ne présentent pas de périodicité franche, elles sont influencées par l'alimentation (graisses, sauces, aliments acides, alcools).

Le malade boit plusieurs litres de vin par jour. Au début de ces troubles un transit gastro-duodéal pratiqué aurait été en faveur d'une affection ulcéreuse. Le traitement institué alors n'apporte aucune amélioration.

Avant l'hospitalisation, malgré un régime restrictif, le malade continue à vomir dès la fin des repas et ceci pendant trois semaines environ.

Amaigrissement de 7 K.

D'autre part, crampes des mollets depuis trois mois.

A l'examen :

T.A. 16/10, au Vaquez ; bruits du cœur normaux ;

Etat pulmonaire normal ;

Foie et rate non perçus ;

Les réflexes tendineux sont normaux, sauf les achilléens qui sont abolis.

Un tubage avant traitement montre une absence d'acidité totale et libre avant histamine.

Après histamine, acidité libre et acidité totale 5,8 mEq.

La *radio gastrique* montre un aspect festonné des courbures. Pas d'image ulcéreuse. Bulbe intolérant.

Gastroscopie : gastroscopie facile. On pénètre d'emblée jusqu'au pylore qui est normal.

Grande courbure et face antérieure normales.

Au niveau de la petite courbure : quelques petites érosions faisant penser à une gastrite localisée.

Traitement par l'isopropamide à raison de 2 c par jour pendant 4 jours, puis 3 comprimés par jour pendant 12 jours.

Les douleurs gastriques s'atténuent et disparaissent au bout de quelques jours. L'appétit est meilleur.

Pas de manifestations secondaires.

Tubage à la sortie :

	<u>CIH libre</u>	<u>CIH total</u>
avant histamine	0	19,2 mEq
après histamine	0	16,4 mEq

Radio d'estomac après traitement : amélioration nette par rapport aux clichés précédents.

OBSERVATION N° 3. — PER... Maurice, 49 ans, électricien.

Hospitalisé pour douleurs épigastriques violentes calmées par l'alimentation, sans périodicité, survenant depuis 2 mois.

Antécédents « d'ulcère » de la région prépylorique découvert en 1959 à la suite de crises douloureuses épigastriques périodiques et d'un mélaena.

Le traitement anti-ulcéreux poursuivi alors pendant 3 mois améliore les symptômes. Cependant l'image radiologique constatée à l'entrée persiste (spicule de la région prépylorique sans aucune lésion organique pariétale).

Un nouveau traitement anti-ulcéreux en avril 1962, à la suite d'une nouvelle poussée, n'améliore pas l'état du malade qui a maigri de 10 K. en trois ans. Pas de modification de l'image radiologique.

Ethylisme avoué (vin et apéritifs).

A l'examen :

Douleur provoquée de la région épigastrique ;

T.A. 11 1/2 - 8 au Vasquez ; pouls 60 ;

Foie, rate normaux ;

Réflexes normaux.

Examens complémentaires :

NFS : G.R. 4.880.000

G.B. 8.500 (59 % polynucléaires).

Tubage avant traitement :

	<u>acidité libre</u>	<u>acidité totale</u>
Avant histamine	0	19,2 mEq
1 heure après histamine	0	13,8 mEq
1 h. 30	0	21,9 mEq
2 heures	0	16,3 mEq

Gastroscopie avant traitement :

Gastroscopie aisée. Très bonne vue de l'ensemble de l'estomac et de l'antré. Le pylore paraît normal. La petite courbure prépylorique n'est pas visible.

1°. — L'ensemble de l'estomac est peu mobile et bouge peu à la respiration ;

2°. — Très peu de plis au niveau de la grande courbure et de la face postérieure ;

3°. — Fondus : les faces et les courbures sont assez rouges légèrement mamelonnées avec des plaques de muco-pus.

Au total aspect faisant penser à une gastrite atrophique.

Traitement par l'isopropamide : 1 comprimé 3 fois par jour - persistance des douleurs. Pas de réactions secondaires.

La dose quotidienne est augmentée à 4 comprimés par jour.

Les douleurs diminuent, le malade ne souffre pratiquement plus.

Gastroscopie après 15 jours de traitement :

Petite courbure prépylorique non visible ;

Congestion fondique - aspect de gastrite atrophique.

Amélioration par rapport à l'examen précédent.

Tubage :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	7,9 mEq
1 heure après histamine	0	7,9 mEq

NFS : G.R. 5.330.000

G.B. 9.100 (52 % polynucléaires neutrophiles).

Le malade sort au bout de 20 jours de traitement.

Il revient en consultation 2 mois plus tard pour reprise des douleurs et amaigrissement.

Il est traité en ambulatoire pendant 1 mois environ. Les douleurs s'atténuent, cependant le malade continue à maigrir (3 K. en 1 mois).

Les douleurs, vraisemblablement en raison de la non observation du régime, augmentent à nouveau d'intensité malgré le traitement. Le malade qui se plaint de sécheresse de la bouche, cesse la thérapeutique et ne peut être suivi postérieurement.

OBSERVATION N° 4. — DEL... Marcel, 44 ans, ouvrier agricole.

Se plaint de brûlures gastriques après les repas, intermittentes, survenant depuis 6 mois environ.

Malade déjà hospitalisé plusieurs fois pour delirium tremens, a subi récemment une cure de désintoxication, buvait 4 à 5 litres par jour (vin et alcools) depuis de nombreuses années.

A l'examen :

T.A. 14 - 7 1/2, pouls 72, bruits du cœur normaux ;

Foie au niveau du rebord costal ;

Pas de douleur épigastrique provoquée ;

Réflexes ostéo tendineux, rotuliens et achilléens vifs.

Tubage avant traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	13,7 mEq	32,9 mEq
1 heure après histamine	38,4 mEq	74 mEq

Radio d'estomac : montre de gros plis radiés.

Traitement par isopropamide à doses progressivement croissantes 10 gouttes 3 fois par jour, puis 20, puis 30 et 40.

Le malade se plaint alors d'une sécheresse de la bouche. Le traitement est alors ramené à 30 gouttes 3 fois par jour — bonne tolérance.

Au bout d'une dizaine de jours disparition des gastralgies.

Tubage après traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	11,5 mEq
après histamine	13,7 mEq	19,2 mEq

Durée totale du traitement 20 jours.

Dose totale reçue : 250 mg.

Sort en excellent état.

OBSERVATION N° 5. — LAC... Emile, 40 ans, ouvrier d'usine.

Souffre de douleurs précordiales et épigastriques depuis plusieurs années. Maximum post-prandial avec sensation de ballonnement.

Vomissements fréquents survenant après les repas.

Pituïtes matutinales.

Aurait eu récemment une hématurie.

Avoue 4 litres de bière par jour et plusieurs de cidre.

A subi plusieurs cures de désintoxication (sans succès) après des crises de delirium.

Examen :

T.A. 13 1/2 - 7, pouls 76, bruits du cœur normaux ;

Le foie déborde de 4 cm le rebord costal, la limite supérieure étant normale ;

Réflexes vifs.

Tubage avant traitement :

	<u>acidité libre</u>	<u>acidité totale</u>
Avant histamine	0	5,5 mEq
1 heure après histamine	0	10,9 mEq

Radio d'estomac après 4 jours de traitement :

Petite poche à air.

Antre spasmodique avec quelques gros plis.

Traitement à dose croissante : 10 gouttes, puis 20, puis 30, trois fois par jour.

Sort au bout de trois semaines.

N'a pas de signes d'intolérance.

Ne souffre plus.

Tubage à la sortie :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	32,9 mEq
1 heure après	5,5 mEq	32,9 mEq

OBSERVATION N° 6. — MAR... Yves, 82 ans, ancien ouvrier agricole.

Ethylique depuis de nombreuses années (cidre + eau de vie) souffre de brûlures épigastriques tout de suite après les repas, pas de vomissements.

Examen :

T.A. 16 - 9, pouls 60, bruits du cœur normaux ;

Le foie déborde de 4 cm ;

Pas de douleur provoquée au creux épigastrique.

Tubage avant traitement :

	<u>acidité libre</u>	<u>acidité totale</u>
Avant histamine	0	8,2 mEq
1 heure après histamine	0	10,9 mEq

Traitement : 2 puis 3 comprimés par jour.

Les brûlures sont moins intenses et moins prolongées.

Durée du traitement 16 jours.

Dose totale reçue : 50 comprimés à 3 mg.

Tubage en fin de traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	5,5 mEq
1 heure après histamine	0	8,8 mEq

Examen gastro duodénal (après 8 jours de traitement) :

Aspect grignoté des courbures gastriques.

Très nette amélioration.

OBSERVATION N° 7. — MR... Eugène, 72 ans, ancien cultivateur.

Se plaint depuis 4 mois environ de crampes épigastriques. Digestions lentes et pénibles.

Ethylique de longue date (cidre + vin).

Examen :

Pas de douleur provoquée au creux épigastrique.

Foie non perçu.

T.A. 15 - 12, arythmie.

Réflexes rotuliens normaux, achilléens faibles.

Tubage avant traitement :

acidité libre : 10,9 mEq acidité totale : 27,4 mEq.

Traitement à raison de 10 gouttes 3 fois par jour pendant 2 jours, puis 20 gouttes, puis 30 gouttes.

Radio d'estomac : présence de gros plis.

Réaction antro-bulbaire

Tubage après 20 jours de traitement :

acidité libre : 5,5 mEq acidité totale : 21,9 mEq.

Pas d'amélioration nette des symptômes à la sorite.

OBSERVATION N° 8. — PE... Eugène, 64 ans, retraité.

Ressent de violentes douleurs épigastriques (sensation de barre) depuis 1 mois et demi survenant après le petit déjeuner, persistant quelques heures.

Petites douleurs épigastriques nocturnes.

Pituïtes matutinales.

Les douleurs sont augmentées par des ennuis familiaux et non influencées par l'alimentation.

Appétit moins bon depuis plusieurs mois.

Pas d'amaigrissement.

Avoue boire 3 litres et demi de vin par jour.

Depuis l'hospitalisation (traitement : tranquillisants - vitamine B vitamine C) pas de douleurs violentes mais barre épigastrique permanente.

A l'examen :

Foie et rate non perçus.

Douleur provoquée au creux épigastrique.

Réflexes normaux. T.A. 17 - 10.

Radio gastrique : gros plis ;

Spicule au niveau de la petite courbure.

Tubage avant traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	6,03 mEq
1 heure après histamine	23,8 mEq	37 mEq

Le malade prend 2 puis 3 comprimés d'isopropamide par jour.

Ne ressent plus de douleurs dès la fin de la première semaine de traitement.

Durée du traitement à l'hôpital : 14 jours (2 comprimés par jour pendant 3 jours, puis 3 par jour pendant 11 jours).

Doit continuer le traitement chez lui.

Non revu ultérieurement.

OBSERVATION N° 9. — DER... André, 49 ans, marchand de fleurs ambulante.

Ce malade, ancien tuberculeux, se plaint de ballonnement et de pesanteur épigastrique après les repas.

Asthénie, anorexie, pituites matutinales.

Avoue 4 litres de vin par jour.

L'examen clinique ne révèle pas d'anomalie.

T.A. 14 1/2 - 8.

Examen radiologique avant traitement :

La traversée et la morphologie œsophagiennes sont normales. Aspect de gastrite avec gros plis et reflux œsophagien.

Tubage :

	<u>CIH libre</u>	<u>CIH total</u>
Avant histamine	0	8,2 mEq
1 heure après histamine	0	13,7 mEq

Traitement : 2 comprimés pendant 3 jours ; 3 comprimés pendant 17 jours.

Les symptômes disparaissent au 5^e jour.

Bonne tolérance du médicament.

Tubage en fin de traitement :

	<u>CIH libre</u>	<u>CIH total</u>
Avant histamine	0	5,5 mEq
après histamine	0	24,6 mEq

Malade revu après 2 mois, très bons résultats.

OBSERVATION N° 10. — LES... Charles, 62 ans, ancien terrassier.

Se plaint de brûlures épigastriques et rétrosternales continues. Celles-ci sont augmentées par les ingestions d'aliments en particulier par les aliments acides.

Céphalées.

Crampes au niveau des membres inférieurs.

En outre, on note une anorexie et des pituites matinales.

Grosse imprégnation éthylique (vin, bière, alcools).

Altération du psychisme — a subi sans succès une cure de désintoxication il y a deux mois.

A l'examen :

Pas de douleur provoquée au niveau du creux épigastrique.

Le foie déborde de 4 cm le rebord costal.

T.A. 10 - 12 au Vaquez, bruits du cœur normaux.

Examen pulmonaire normal.

Réflexes achilléens abolis.

Tubage avant traitement :

	<u>CIH libre</u>	<u>CIH total</u>
Avant histamine	0	5,5 mEq
1 heure après	25,6 mEq	43,8 mEq

Examen radiologique :

Sur les clichés en station verticale :

— petite irrégularité de la portion verticale de la petite courbure.

Traitement : 2 comprimés par jour pendant 7 jours, puis 3 comprimés pendant 3 jours.

On note une atténuation des douleurs, mais à cause d'une crise hémorroïdaire et d'une constipation opiniâtre, le traitement est interrompu pendant une semaine, sans que le transit soit d'ailleurs modifié. L'intensité des douleurs augmente.

Le malade reçoit de nouveau 3 comprimés d'isopropamide pendant 8 jours ce qui entraîne une nouvelle atténuation des douleurs.

Pas de mydriase ni sécheresse de la bouche.

Tubage avant la sortie :

	<u>CIH libre</u>	<u>CIH total</u>
Avant histamine	0	8,2 mEq
après histamine	21,9 mEq	46,6 mEq

Dose totale reçue : 50 comprimés à 3 mg.

Le malade sort très amélioré, plus de douleurs, état général excellent.

OBSERVATION N° 11. — HAD... Alain, 29 ans, manœuvre.

Souffre depuis un an, presque continuellement, immédiatement après les repas ; il présente de plus des douleurs épigastriques le réveillant la nuit.

Périodes de rémission incomplète.

Ce malade a présenté également plusieurs crises douloureuses violentes, rétrosternales, irradiant dans les membres supérieurs (pas de modification de l'E.C.G.).

3 litres de vin par jour + bière.

Examen clinique normal. Le transit gastro duodéal ne montre pas de signes évidents de lésion organique.

Tubage avant traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	10,9 mEq
après	57,5 mEq	71,24 mEq

Le traitement est institué à raison de 1 comprimé 3 fois par jour.

Atténuation des douleurs.

Sort après 10 jours de traitement — très amélioré.

Dose totale reçue : 100 mg de produit.

OBSERVATION N° 12. — MATH... Léon, 44 ans, sans profession.

Hospitalisé pour prédelirium — se plaint de ballonnement post prandial ainsi que d'éruptions et nausées.

Nombreux vomissements depuis son hospitalisation.

Boit 3 litres de vin par jour + alcools.

Examen :

Cœur normal ; T.A. 15 - 7.

Examen pulmonaire normal.

Foie légèrement augmenté de volume.

Réflexes vifs.

Tubage :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	13,7 mEq
1 heure après histamine	32,9 mEq	63 mEq

Traitement par 2, puis 3, puis 4 comprimés par jour (dose augmentée tous les 3 jours). A 4 comprimés : sécheresse de la bouche

Le traitement est ramené à 3 comprimés par jour.

Les vomissements cessent. L'état digestif est satisfaisant, plus de douleur — grosse amélioration de l'état général.

Tubage après traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	13,7 mEq
après	49,3 mEq	68,5 mEq

Durée du traitement : 32 jours.

OBSERVATION N° 13. — RIO... Alain, 42 ans, cuisinier.

Hospitalisé après une perte de connaissance.

Se plaint de crampes au niveau du creux épigastrique sans horaire régulier.

Perte de l'appétit.

Pituites.

Avoue de nombreux litres de vin ou bière.

Examen :

Subictère.

Foie débordant d'un travers de main — ferme.

Réflexes ostéo tendineux vifs.

Poumons, cœur normaux.

T.A. 12 - 8 ; pouls 88.

Tests hépatiques :

— cholestérol total : 3 g ;

— kunkel : 18 ;

— Mac Lagan : 5 ;

— Hangèr : +

Tubage avant traitement :

	<u>CIH libre</u>	<u>CIH total</u>
avant histamine	0	5,5 mEq
après histamine	0	5,5 mEq

Traitement à raison de 3 comprimés pro die.

Amélioration immédiate des symptômes digestifs.

Disparition des douleurs, l'appétit revient.

Sort sur sa demande après 11 jours de traitement, non revu par la suite.

OBSERVATION N° 14. — PEL... Louis, 62 ans, manœuvre.

Ethylique chronique ; hospitalisé pour bronchite, se plaint également de ballonnement post-prandial avec bouffées vasomotrices.

Anorexie depuis plusieurs mois.

Pituites.

Boit 4 litres de vin par jour + apéritifs.

Hospitalisé il y a 3 mois pour pneumonie, ne boirait plus depuis sa dernière hospitalisation.

A l'examen :

Température 39° ; sueurs ; tremblement et toux +++

Tests hépatiques :

— kunkel : 24 ;

— Mac Lagan : 5 ;

— Hanger : négatif ;

— cholestérol total : 1,54

estérifié : 0,98

E/T = 63 %

Tubage avant traitement :

	<u>CIH libre</u>	<u>CIH total</u>
Avant histamine	0	16,4 mEq
après	0	21,9 mEq

Le malade est traité par l'isopropamide : 2, puis 3 comprimés par jour à partir du 3^e jour. Les digestions deviennent normales — reprise de l'appétit.

Sort après deux semaines de traitement. Bons résultats.

OBSERVATION N° 15. — VER... Jean, 29 ans, maçon.

Hospitalisé pour désintoxication.

Présentait avant l'entrée à l'hôpital des vomissements. Se plaint de brûlures épigastriques peu intenses durant une partie de la journée déclenchées par les aliments acides et l'alcool.

Anorexie récente. Pas d'amaigrissement appréciable.

Début des symptômes 7 ou 8 mois avant l'hospitalisation.

Buvait 2 litres de vin par jour plus des apéritifs depuis une dizaine d'années.

A l'examen :

Pas de douleur provoquée au creux épigastrique.

Foie de volume normal.

Rate non perçue.

T.A. 13 - 8 ; pouls 76.

Transit gastro-duodénal normal.

Tubage avant traitement :

	<u>CIH libre</u>	<u>CIH total</u>
Avant histamine	0	19,2 mEq
1 heure après	87,6 mEq	93,1 mEq

Le malade est traité à raison de 3 comprimés par jour pendant 18 jours.

Les douleurs disparaissent au bout de quelques jours.

L'état général s'améliore — reprise de l'appétit.

Tubage en fin de traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	10,9 mEq
après	19,2 mEq	68,5 mEq

OBSERVATION N° 16. — DUB... Albert, 49 ans.

Souffre depuis un mois environ de brûlures gastriques survenant au moment des repas et augmentant quand le malade prend des aliments acides.

Antécédents de tuberculose pulmonaire.

A l'examen :

Pas de douleur provoquée au creux épigastrique.

Le foie déborde de trois travers de doigts.

Le reste de l'examen est négatif.

Examens complémentaires :

Epreuves hépatiques :

— Test de Kunkel : 29 U V ;

— Mac Lagan : 14 ;

— Hanger : + ;

— Cholestérol total : 1,70 g

estérifié : 1,07 g/l

E/T = 62 %

Numération globulaire : G.R. 3.380.000

G.B. 7.800 (67 % polynucléaires).

Tubage gastrique :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	16,4 mEq
1 heure après histamine	9,85 mEq	20 mEq

Le malade est traité à raison de 1 comprimé 3 fois par jour. Après 10 jours de traitement les douleurs ont disparu. L'état général est bon et le malade peut reprendre son travail.

Malade non revu par la suite.

OBSERVATION N° 17. — SAL... Roger, 33 ans, emballleur.

Hospitalisé pour mal perforant plantaire.

Ce malade, éthylique notoire, est également grand fumeur. Il souffre d'une polynévrite des membres inférieurs et se plaint de brûlures d'estomac intenses mais sans horaire régulier.

Pituites matutinales.

L'appétit est conservé.

Pas de trouble du transit.

L'examen confirme la polynévrite des membres inférieurs sans révéler d'autres signes pathologiques.

T.A. 11 - 8.

Examens complémentaires :

Tubage gastrique :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	10,9 mEq
1 heure après	0	13,7 mEq

N F S : G.R. 3.790.000

: G.B. 15.200 (67 % polynucléaires neutrophiles).

Bilan hépatique :

— Kunkel : 24 ;

— Mac Lagan : 24 ;

— Hanger : négatif ;

— Cholestérol estérifié : 0,80 g/l

total : 1,30

rapport : 61 ‰.

Le malade est traité à raison de 3 comprimés par jour.

Revu 6 jours après le début du traitement, il ne ressent plus aucune douleur.

Tubage en fin de traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	10,9 mEq	21,9 mEq
1 heure après histamine	6,85 mEq	27,4 mEq

Sort guéri après 16 jours de traitement et présentant un état général excellent.

OBSERVATION N° 18. — VAL. Charles, 60 ans, manoeuvre.

Malade hospitalisé pour delirium tremens.

3 à 4 litres de vin par jour plus de nombreux apéritifs.

Souffre depuis 15 jours à 3 semaines de douleurs à type de crampes presque permanentes, accompagnées d'une anorexie.

L'examen clinique est négatif. T.A. 15 1/2 - 8.

Examens complémentaires :

Bilan hépatique :

— Kunkel : 16 U V ;

— Mac Lagan : 4 ;

— Hanger : négatif.

Numération globulaire : G.R. 4.250.000

G.B. 10.500 (64 % polynucléaires).

Tubage gastrique :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	9,85 mEq
1 heure après	13,7 mEq	17,8 mEq

Transit gastro-duodéal :

Petite irrégularité de la région sus angulaire de la petite courbure relevant vraisemblablement d'une gastrite banale. Par ailleurs image radiologique normale.

Le malade sort après 3 jours de traitement et est revu un mois plus tard après un traitement à domicile de 3 comprimés par jour.

On note une disparition du syndrome douloureux, une reprise de l'appétit et un très bon état général.

OBSERVATION N° 19. — NIC... Louis, 52 ans.

Souffre d'une douleur épigastrique en barre avec sensation d'étouffement depuis 1 mois et demi, permanente le jour, s'atténuant la nuit, non rythmée par les repas.

D'autre part :

— pituites matutinales ;

— diarrhée depuis 2 mois ;

— amaigrissement ;

— pas d'anorexie.

Boit 3 à 4 litres de vin par jour.

En prédelirium au moment de l'hospitalisation.

A l'examen :

Point douloureux xyphoïdien ;

Foie de volume normal ptosé ;

Cœur normal ; T.A. 14 - 8 ; pouls 68.

Examen pulmonaire normal.

Réflexes vifs.

Tubage avant traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	13,7 mEq
1 heure après histamine	0	21,9 mEq

Bilan hépatique :

— Kunkel : 24 ;

— Thymol : 8 ;

— Hanger : + ;

— Cholestérol total : 1,32 g/l

estérifié : 0,88

rapport : 66 %.

Traitement : 3 comprimés par jour.

Après 6 jours de traitement, disparition de la douleur en barre.
La diarrhée a disparu dès le début du traitement.

Durée du traitement à l'hôpital : 23 jours.

Sort par guérison clinique avec un excellent état général.

OBSERVATION N° 20. — BON... Marcel, ancien employé S.N.C.F.

Malade anorexique depuis plusieurs mois, asthénique, pas d'amaigrissement. Souffre de brûlures épigastriques survenant 1 heure après les repas. Variables en durée.

Grand éthylique ; vient de faire un delirium.

Malade atteint d'une cardiopathie depuis 5 ans.

A l'examen :

Cœur : gros souffle systolique de pointe avec irradiation axillaire ;

T.A. 12 - 6 ; pouls 88.

Le reste de l'examen est négatif.

Tubage gastrique :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	10,9 mEq
1 heure après	0	16,4 mEq

Numération globulaire : G.R. 4.860.000

G.B. 6.500 (70 % polynucléaires).

Radio : gros plis de gastrite.

Traitement : 1 comprimé 3 fois par jour pendant 14 jours.

Disparition des brûlures.

Tubage au 14^e jour du traitement :

	<u>ClH libre</u>	<u>ClH total</u>
Avant histamine	0	8,2 mEq
après histamine	16,4 mEq	32,9 mEq

Le malade a repris une vie normale et présente un excellent état général.

Discussion

Malgré la difficulté de traiter ces malades, souvent peu coopérants, très exigeants et qui suivent avec irrégularité les directives médicales, nous avons obtenu des résultats excellents et souvent même spectaculaires.

De l'étude de nos observations il nous est permis de mettre en évidence les trois points principaux suivant :

1°) — l'action de l'isopropamide est rapide ;

2°) — sa tolérance est parfaite ;

3°) — l'administration facile est très bien acceptée par ces malades malgré leur réticence habituelle.

Nous pouvons répartir nos patients en trois séries correspondant aux résultats obtenus :

Nombre de cas	Excellents résultats	Bons résultats	Echecs
20	10	8	2

Nous n'avons jamais constaté de phénomènes d'intolérance ou même de phénomènes secondaires importants.

Un des éléments qui permet de donner à l'isopropamide une place de choix est cette sédation rapide de l'élément douleur qui gagne la confiance du malade et permet au praticien le contact médical indispensable à toute thérapeutique active.

Conclusion

Si la thérapeutique des gastrites en général pose de nombreux problèmes, celle des gastrites éthyliques en pose de plus difficiles encore à résoudre.

Nous sommes en effet en présence de malades toxico-manes dont le complexe psycho-pathologique vient apporter un élément perturbateur important.

Ces malades par leur exigence et leur indocilité compliquent d'autant plus la tâche du thérapeute que l'élément d'intoxication exogène n'est pratiquement jamais interrompu d'une façon absolue et définitive.

Le seul moyen d'avoir sur le patient une emprise certaine c'est de lui apporter une thérapeutique rapidement efficace.

L'isopropamide nous a paru le seul médicament répondant à ces deux impératifs majeurs.

Après avoir brièvement rappelé la symptomatologie des gastrites chroniques, nous avons essayé de mettre en évidence les caractères particuliers de celles d'origine éthylique. Nous avons ensuite analysé les diverses thérapeutiques mises à notre disposition, thérapeutiques inconstantes, d'action souvent décevante, qui nous ont amené à utiliser cet anticholinergique d'action complexe qu'est l'isopropamide.

Les vingt observations personnelles que nous rapportons dans ce travail nous ont amené à penser que l'isopropamide est une des thérapeutiques de choix de ces affections qui a permis à nos malades non seulement de ne plus souffrir, mais aussi de récupérer un bon état général, et de reprendre une vie professionnelle normale.

Sa facilité d'emploi, son innocuité absolue, l'absence pratique d'effets secondaires font que l'isopropamide doit être considérée comme un des éléments thérapeutiques primordial dans le traitement de ces affections de plus en plus fréquentes.

Cette modeste contribution à l'étude d'une indication nouvelle de l'isopropamide, permettra peut-être, comme nous l'avons fait nous-même, de soulager des malades qui se sentent souvent abandonnés et que le médecin se doit d'aider non seulement pour eux mais pour leur famille, à reprendre une vie normale.

Bibliographie

I. — LES GASTRITES ETHYLIQUES :

- DEBRAY (Ch.) et HOUSSET (P.). — L'estomac des alcooliques. — *Rev. Praticien*, 11 déc. 1953, 3, n° 32, 2393-2400 (Bibliogr. intéressante).
- DEBRAY (Ch.), HARDOUIN (J.-P.), LAUMONIER (R.), HOUSSET (P.), HÉLIE (J.-P.) et MARTIN (E.). — Les lésions anatomo-pathologiques des gastrites éthyliques. - 81 cas étudiés par gastro-biopsie fundique. — *Sem. Hôp. Paris*, 22 nov. 1956, 32, n° 69/7, 3608-3616, 7 fig. (Bibliogr.).
- DEBRAY (Ch.), HARDOUIN (J.-P.), LAUMONIER (R.), HOUSSET (P.), HÉLIE (J.-P.) et MARTIN (E.). — La gastrite éthylique sous le contrôle de la gastro-biopsie. — *Arch. Mal. App. dig.*, oct. 1957, 46, n° 10, 925-935. (Bibliogr.).
- DEBRAY (Ch.), HARDOUIN (J.-P.), LAUMONIER (R.), HOUSSET (P.) et MARTIN (E.). — Les gastrites éthyliques chroniques. Etude gastrobiopsique. — *Entretiens de Bichat (Médecine)*, 1957, 201-206.
- GRAY (S.), SCHINDLER (R.). — The gastric mucosa of chronic alcohols additc, *J.A.M.A.*, 117, 1941, 1005.
- GUINARD (P.). — Contribution à l'étude des modifications gastriques chez l'alcoolique. — *Thèse*, Paris, 1948, Dact., 25 p., n° 386.
- HÉLIE (J.-P.). — Contribution à l'étude histologique de la muqueuse gastrique chez les éthyliques par la gastro-biopsie (88 observations). — *Thèse*, Paris, 1956, n° 434, 99 pages.
- JACQUELIN (C.). — Signes initiaux de l'alcoolisme digestif. — *Gaz. méd. France*, juil. 1945, n° 14, 273-277.

- LAMBLING (A.), VILOTTE (J.) et BERNIER (J.-J.). — Moyens de défense de la muqueuse gastrique et intoxication alcoolique. — *Journées Thérapeutiques de Paris*, 1958, 19-22.
- LAMBLING (A.), VILOTTE (J.) et BERNIER (J.-J.). — Moyens de défense de la muqueuse gastrique et intoxication alcoolique. — *Thérapie*, 1959, 13, n° 1, 192.
- LAMBLING (A.), VILOTTE (J.) et BERNIER (J.-J.). — Alcool et muqueuse gastrique. — *Progrès méd.*, 24 janv. 1959, 87, n° 2, 35-36.
- LESPINAT (L.). — Contribution à l'étude clinique et nosologique de la gastrite éthylique. — *Thèse*, Paris, 1935.
- MOUTIER (F.) et CORNET (A.). — Les gastrites. — Masson, édit., Paris, 1954, 404 pages.
- MOUTIER (F.) et CORNET (A.). — Gastrites. — E.M.C. traité Estomac. — Fascicule 9 017 A 10, 1 - 1959.
- ROCHEL, DAVID (J.), DAVID (Mme C.), BACHELIER (Mme J.). — Les intoxications par l'alcool éthylique. — E.M.C. traité estomac. — Fascicule 16.047 B 30, 10 - 1958.
- SMALL (M.), LONGARINI (A.) et ZAMCHECK (N.). — Les troubles de la physiologie digestive consécutive à des épisodes d'absorption de boisson chez les alcooliques « skid-row ». — *Am. j. Med.*, oct. 1959, 27, n° 575-585, 6 tabl. (Bibliogr.).
- TORONTO (De). — La gastrite alcoolique. Contribution à l'étude clinique, radiologique, gastroscopique et du tubage (*Mém. Ass. Etra.* Paris, 1950, in-4°, Dact., 75 p., 5 fig. tabl.).
- VILLARET (M.), JUSTIN-BESANÇON (L.) et KLOTZ (P.-H.). — Rôle du déséquilibré alimentaire en vitamine B1 dans certaines manifestations de l'alcoolisme autres que la polynévrite. — *B. M. Soc. méd. Hôp. Paris*, 3 janv. 1940, 55, n° 27, 1331-1336.
- VILLARET (M.), MOUTIER (F.), JUSTIN-BESANÇON (L.), KLOTZ (H.-P.). — Caractères spéciaux des troubles gastriques (ana ou hypochlorhydrie, gastrite atrophique) au cours de la polynévrite éthylique. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1936, 1155.
- VILOTTE (J.-G.). — Contribution à l'étude de l'influence de l'alcoolisme sur le chimisme gastrique. — *Thèse*, Paris, 1957, n° 906, 56 pages.

II. — ISOPROPAMIDE :

Pharmacologie :

- BHATTACHARYA (B.-K.). — Antispasmodic properties of certain quaternary derivatives of 2,2-diphenyl-4-diisopropylaminobutyramide and other compounds in the isolated perfused guinea-pig lung. — *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 1956, 104, 285.
- JAGENEAU (A.). et JANSSEN (P.). — The mydriatic activity of a series of atropine like substances in mice. — *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 1956, 106, 199.
- JANSSEN (P.), ZIVKOVIC (D.), JAGENEAU (A.) et DEMOEN (P.). — Substituted phenylpropylamines. V. Synthesis and pharmacology of 1 : 1-diphenyl-3-dialkylamino-propylamines ; 2 : 2-diphenyl-4-dialkylamino-butylamines and derivatives (reversed amides related to R. 79). — *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 1957, 107, 194.
- JANSSEN (P.), ZIVKOVIC (D.), DEMOEN (P.), JONGH (D.-K. de) et Van PROOSDIJ-HARTZEMA (E.-G.). — Substituted phenylpropylamines. I. Synthesis and physico-chemical properties of basic butyronitriles and butyramides. — *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 1955, 103, 82).
- JANSSEN (P.), ZIVKOVIC (D.) et DEMOEN (P.). — Dehydration of amino amides of amidone series. — *J. Am. Chem. Soc.*, 1955, 77, 4423.
- JONGH (D.-K. de), Van PROOSDIJ-HARTZEMA (E.-G.) et JANSSEN (P.). — Substituted phenylpropylamines. II. Pharmacological properties of basic butyronitriles, and butyramides. — *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 1955, 103, 100.
- MACABIES (J.), GONDARD (L.) et BOUVIER (R.). — Action du méthyliodure du 2-2 diphényl-4-diisopropylamino butyramide sur le spasme du sphincter d'Oddi chez le cobaye. — C.R. Séances Soc. Biologie, 27 juin 1960, T. CLIV, 1960, n° 7, p. 1470.
- MACABIES (J.), GONDARD (L.), BOUVIER (R.) et BASSÈRES (J.). — Action du méthyliodure du 2-2-diphényl-4-isopropylaminobutyramide sur le spasme du sphincter cystique chez le cobaye. — C.R. Séances Soc. Biologie, 9 janv. 1961, T. CLV, n° 2, 1961, p. 341.
- Van PROOSDIJ-HARTZEMA (E.-G.), JANSSEN (P.) et JONGH (D.-K. de). — Substituted phenylpropylamines. III. Anticholinergic activity of quaternary ammonium bases derived from R. 55 (2,2-diphenyl-4-diisopropyl-amino-butyramide). — *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 1955, 103, 120.

Clinique :

AUTEURS FRANÇAIS :

- ANTOINE (M.), RAUBER (G.) et TRÉHEUX (Mme A.). — Expérimentation de la priamide comme modificateur du comportement en radiologie gastrique. — *J. Radiol. et Electrologie*, T. 43, n° 12, 1962 (pp. 888-889).
- AUBAN et MARTINEZ. — Essai d'un nouvel anticholinergique dans le traitement des vomissements du nourrisson. — *Ext. Toulouse médical*, 62^e année, n° 5, mai 1961, pp. 369-374.
- BALESTIER (A.). — Essai d'une médication anti-sécrétoire et anti-acide dans les ulcères gastro-duodénaux, le 5579 M.D. anticholinergique de synthèse. — *Thèse*, Paris, 1960.
- CAMATTE (R.) et GAUTHIER (A.). — Le traitement de la crise ulcéreuse. - Etude comparative de diverses thérapeutiques portant sur 128 malades. — *Sem. Hôp. (Sem. Thér.)*, 38^e année, n° 9, nov. 1962, pp. 848-849.
- DIRIART (H.) et BERMAN (R.). — Une nouvelle thérapeutique des vomissements en pédiatrie. — *Gaz. Hôp.*, 134^e année, n° 27, 30 sept. 1962, pp. 1069-1070.
- GONDARD (L.), MACABIES (J.) et BOUVIER (R.). — Sur la spasmodicité oddienne observée au cours du tubage duodénal minuté à 4 temps. Effets de l'instillation intra-duodénale du méthyliodure du 2-2 diphényl, 4 diisopropylamino butyramide. — *Arch. des Malad. Ap. dig.*, T. 49, n° 5, mai 1960 (p. 663 à 665).
- KLOCK (J.-M.). — Résultats obtenus avec un nouveau spasmolytique : le 5579 M.D. anticholinergique de synthèse, dans certains troubles digestifs du nourrisson. — *Thèse*, 1961.
- LANDE (M.). — Utilisation d'une drogue anticholinergique sans effet atropinique au cours des affections et de la chirurgie du pancréas. — *Presse méd.*, 70^e année, n° 46, 27 oct. 1962, pp. 2149-2150.
- LANGERON (L.), VINCENT (G.) et DUHAMEL (M.). — A propos de l'observation de quelques malades mis au priamide dans un service de pathologie interne. — *Jour. Sc. Méd.*, Lille, année 1960, n° 5).

OURY (P.), DUCHÉ (G.). — Applications cliniques et radiologiques d'un nouvel anticholinergique. - Pathologie digestive et hypertonie vagale. — *Presse Méd.*, 71^e année, n° 9, 23 fév. 1963, pp. 455-457.

SAINT-PIERRE (A.) et BRETTE (R.). — Essai d'un nouvel anticholinergique de synthèse en gastro-entérologie (Méthyliodure du 2-2 Diphényl, 4 diisopropylamino butyramide). — *Lyon Méd.*, n° 23, 4 juin 1961.

SARLES (H.) et GAUTHIER (G.). — Etude de l'action du méthyl iodure de 2-2 diphényl, 4 diisopropylamino butyramide (priamide) sur la sécrétion pancréatique de l'homme. - Application au traitement des douleurs pancréatiques. — *Arch. Mal. Ap. Dig.*, tome 49, n°s 1 et 2, janv.-fév. 1960 (p. 143 à 146).

SCHNEEGANS (E.), HAARSCHER (A.) et KLOCK (J.-M.). — Essai d'un nouveau spasmolytique de synthèse (priamide) chez le nourrisson. — *Com. Fac. Méd. Strasbourg*, 24 juin 1961.

SÈZE (S. de), MARTIN (M.). — Interview à propos de Priamide. — Hôp. Lariboisière, 6^e J. An. Centre Viggo Petersen, 5, 6 et 7 avril 1962.

STEIGER, GRAS, SIGWALT et SCHEFFER. — Essai d'un nouveau médicament antispasmodique et anticholinergique dépourvu d'effet atropinique. — *Strasbourg Méd.*, juil. 1960, n° 7, p. 529-536.

WARTER (P.) et WEILL (F.). — Note de technique : une technique simplifiée de duodénographie hypotonique : la duodénographie au priamide. — *J. Radiol. et Electrologie*, T. 43, n° 12, 1962, pp. 889-891.

AUTEURS ÉTRANGERS :

BOSS (E.-G.) et BUCHANAN (G.-C.). — Effect of isopropamide iodide on basal gastric secretion in the human. — *Gastro Entero-logy*, 1957, 33, 730.

CAYER (D.), SOHMER (R.-F.) et SUGG (W.-C.). — The effect of prolonged continuous therapy on the course of chronic, recurring peptic ulcer. — *North Carolina Med. J.*, 1957, 18 (8), 311.

CHRISTEN (J.-P.). — Du traitement de l'énurésie par un nouveau parasympathicolitique de synthèse, l'isopropamide. — *Praxis*, 51^e année, n° 29, 745-748, 19 juil. 1962.

- DORPH (M.-H.). — Clinical observations with the anticholinergic. Isopropamide. — *Medical Science*, 1957, 2 (8), 18.
- GROSSMAN (M.-I.). — Inhibition of gastric and salivary secretion by Darbid. — *Gastroenterology*, 1958, 35, 312.
- HOFFMANN (C.-R.). — Maintenance therapy in gastrointestinal disorders. — *Am. J. Gastroenter.*, 1959, 32 (3), 370.
- HOFFMANN (C.-R.). — A preliminary evaluation of a new long-acting anti-cholinergic in peptic ulcer and other digestive diseases. — *Am. J. Gastro-Enterology*, 1957, 28 (4), 446.
- KOURY (J.-S. Jr). — Combined drug therapy for functional gastrointestinal disorders. — *Med. Bull. Harrisburg Polyclin. Hosp.*, 1958, 2, 12-16.
- MORRISON (S.). — The use of a sustained release tranquiliser anticholinergic combination in patients with disturbed digestive function. — *Am. J. Gastro-Enterology*, 1958, 29, 518.
- MULLIE (A.). — Radiographic evidence for the inhibition of gastrointestinal motility by R. 79 in man. — *Acta Med. Scand.*, 1956, 155, 237.
- MULLIE (A.). — The inhibition of basal gastric secretion and of the gastric secretory response to histamine by R. 79 in man. — *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 1956, 106, 447.
- SEEHERMAN (R.). — Isopropamide iodide: a long acting anticholinergic. — *The Delaware State Medical J.*, 1957, 29, 265.
- SHUTKIN (M.-W.). — Clinical and experimental observations in peptic ulcer with a new prolonged-acting anticholinergic drug. — *Am. J. Gastro-Enter.*, 1958, 29, 585.
- STEVENS, ROBERT (P.). — Le traitement médical de l'ulcère gastrique et duodénal. English translation. — S. K. F. March 12, 1956; *Bruxelles Médical*, 1956, 36, 814.
- TEXTER (E.-C.) et RUFFIN (J.-M.). — Drugs affecting the autonomic nervous system. Part I: Clinical application in gastrointestinal disorders. — *Southern Med. J.*, 1956, 49, (8), 910.
- WEINBERG (B. Jr). — A new anticholinergic for the management of gastro-intestinal diseases. — *Am. J. Gastro-Enterol.*, 1958, 29, 400.

Table des Matières

Introduction..	5
------------------------	---

Chapitre Premier :

Caractères généraux des Gastrites Chroniques.	
Signes particuliers des Gastrites Ethyliques Chroniques. . .	7

Chapitre Deuxième :

Considérations générales sur la thérapeutique	15
---	----

Chapitre Troisième :

L'Isopropamide..	19
--------------------------	----

Chapitre Quatrième :

Observations personnelles	23
-------------------------------------	----

Conclusion	43
----------------------	----

Bibliographie	45
-------------------------	----



